

**POLIZA**

Póliza Nro. : A-2502397 Vigencia Póliza: 01/01/2016 al 31/12/2017  
 Contratante : Corp.Nacional del Cobre R.U.T. : 61.704.000-K  
 Plan de Seguro : TEMPORAL REN.COL.ACC.PERSONALES Expedte. : 443935  
 Plazo : 2 Años Moneda : UF  
 Agente : . Directo Oficina Sucursal : Santiago

**COBERTURAS Y PRIMAS**

POL y CAD asociados: POL 3-2013-0351  
 Forma de Pago : Anual


Coberturas	Edad Máx.	Cotización	% Descto	Tipo Aseg	Factor/ Capital	Actividad
3 Fallecimiento Acci	99	0,0484	Prima	Titular	1,00	F
28 Invalidez 2/3	99	0,0027	Prima	Titular	1,00	F
75 Desmembramiento	99	0,0027	Prima	Titular	1,00	F

Determinación de Capital :  
 Capitales Iguales, Monto 2.500,000


Asegurados Innominados : 35000 Titulares

Coberturas	Iva	Prima Neta
3 Fallecimiento Accidental	Exenta	1.694,000
28 Invalidez 2/3	Afecta	94,117
75 Desmembramiento	Afecta	94,117

Total Prima Exenta : 1.694,000 UF  
 Total Prima Afecta : 188,234 UF  
 I.V.A. : 429,168 UF  
 Prima a Pagar : 23.015,976 UF

  
 Gloria Acosta Aranguiz  
 Jefe Operaciones CLP  
 Chilena Consolidada

  
 Lucia Castro Silva  
 Gerente de Productos  
 Chilena Consolidada

  
 Leandro Cileta  
 Gerente Comercial de Proposition  
 Zurich Santander

Vo Bo

20160215/3-166

Póliza Nro. : A-2502397 Vigencia Póliza: 01/01/2016 al 31/12/2017  
 Contratante : Corp.Nacional del Cobre R.U.T. : 61.704.000-K  
 Plan de Seguro : TEMPORAL REN.COL.ACC.PERSONALES Expedte. : 443935  
 Plazo : 2 Años Moneda : UF  
 Agente : . Directo Oficina Sucursal : Santiago

### ADDENDA DE ASEGURADOS

Nombre del Asegurado	Capital Vida UF	Prima Vida UF	Prima Salud UF	IVA UF	A Pagar UF
CORP.NACIONAL DEL COBRE D 61.704.000-K 26 años	2.500,000	22586,808		429,168	23015,976
Totales:		22586,808		429,168	23015,976

Póliza Nro. : A-2502397                      Vigencia Póliza: 01/01/2016 al 31/12/2017  
Contratante : Corp.Nacional del Cobre                      R.U.T. : 61.704.000-K  
Plan de Seguro : TEMPORAL REN.COL.ACC.PERSONALES                      Expedte. : 443935  
Plazo : 2 Años                      Moneda : UF  
Agente : . Directo Oficina                      Sucursal : Santiago

### **LEYENDA DE ASEGURADOS**

ASEGURADO : HILE CODELCO CORP.NACIONAL DE RUT: 61.704.000-K  
Asegurado multiple representa a 35.000 trabajadores de Corporación  
Nacional del Cobre

Póliza Nro. : A-2502397 Vigencia Póliza: 01/01/2016 al 31/12/2017  
Contratante : Corp.Nacional del Cobre R.U.T. : 61.704.000-K  
Plan de Seguro : TEMPORAL REN.COL.ACC.PERSONALES Expedte. : 443935  
Plazo : 2 Años Moneda : UF  
Agente : . Directo Oficina Sucursal : Santiago

Esta póliza es un coseguro formado por las siguientes compañías aseguradoras:

Compañía	Rol	Porcentaje de Participación
CHILENA CONSOLIDADA		90,00 %
ZURICH SANTADER		10,00 %

Póliza Nro.	: A-2502397	Vigencia Póliza:	01/01/2016 al 31/12/2017
Contratante	: Corp.Nacional del Cobre	R.U.T.	: 61.704.000-K
Plan de Seguro	: TEMPORAL REN.COL.ACC.PERSONALES	Expedte.	: 443935
Plazo	: 2 Años	Moneda	: UF
Agente	: . Directo Oficina	Sucursal	: Santiago

## 1° ASEGURADOS

Son las personas naturales, trabajadores de empresas contratistas y subcontratistas, que presten servicios de manera permanente, continua y exclusiva, dentro de los recintos y/o instalaciones de las divisiones y/o Casa Matriz de la CORPORACIÓN NACIONAL DEL COBRE DE CHILE [CODELCO], además de aquellos que presten servicios en proyectos asociados a la Vicepresidencia Corporativa de Proyectos, que cumplan con los requisitos de asegurabilidad de la póliza descritas en estas Condiciones Particulares, Cabe destacar que la Compañía Aseguradora no contará con la información individualizada de cada trabajador, por lo tanto, será responsabilidad del Contratante informar en forma mensual a la Compañía Aseguradora el número de trabajadores, con un desfase de hasta 75 días con respecto al período informado.

## 2. COBERTURAS

Las coberturas de este Seguro Colectivo de Accidentes Personales son alternativa A Muerte Accidental, Alternativa B Desmembramiento y Alternativa C Incapacidad Total y Permanente, que se amparan en las Condiciones Generales POL 320130351, registradas en el Depósito de Pólizas de la Superintendencia de Valores y Seguros [SVS].

El seguro tendrá una cobertura por las 24 horas del día los 365 días del año, independiente del lugar donde ocurra el accidente, si este es "laboral o no laboral" para los trabajadores que presten servicios de manera permanente, continua y exclusiva, dentro de los recintos y/o instalaciones de divisiones y/o Casa Matriz de CODELCO, además de aquellos que presten servicios en proyectos asociados a la Vicepresidencia Corporativa de proyectos

Póliza Nro. : A-2502397 Vigencia Póliza: 01/01/2016 al 31/12/2017  
Contratante : Corp.Nacional del Cobre R.U.T. : 61.704.000-K  
Plan de Seguro : TEMPORAL REN.COL.ACC.PERSONALES Expedte. : 443935  
Plazo : 2 Años Moneda : UF  
Agente : . Directo Oficina Sucursal : Santiago

### 3° CAPITAL ASEGURADO

El capital por Asegurado para las coberturas es el siguiente:

Coberturas	Capital Asegurado
Muerte Accidental	UF 2.500
Desmembramiento	UF 2.500
Incapacidad Total y Permanente	UF 2.500

### 4° BENEFICIARIOS

Se establece que el o los beneficiarios de esta póliza para la cobertura de Muerte Accidental, serán las personas individualizadas en el Formulario Designación de Beneficiarios. De no existir beneficiarios designados, se remitirá a lo establecido en el artículo N°8, Condicionado General POL 320130351.

El beneficiario de la cobertura de Desmembramiento e Incapacidad Total y Permanente será siempre el propio Asegurado.

### 5° VIGENCIA

La presente póliza permanecerá vigente desde el 01 de Enero de 2016 hasta 31 de Diciembre de 2017 sólo si es pagada la prima estipulada en el punto N° 10 de las Condiciones Particulares de esta póliza y durante el período cubierto por dicha prima.

Sin perjuicio de lo indicado en el Artículo N° 13, POL320130351 las partes no podrán unilateralmente poner término antes de la fecha de vigencia final La renovación será automática por períodos de un año si las partes no dan aviso por escrito a la otra con a lo más 60 días al término de la presente póliza o sus renovaciones posteriores.

Póliza Nro. : A-2502397 Vigencia Póliza: 01/01/2016 al 31/12/2017  
Contratante : Corp.Nacional del Cobre R.U.T. : 61.704.000-K  
Plan de Seguro : TEMPORAL REN.COL.ACC.PERSONALES Expedte. : 443935  
Plazo : 2 Años Moneda : UF  
Agente : . Directo Oficina Sucursal : Santiago

6° VIGENCIA DE LAS COBERTURAS DE CADA ASEGURADO

El Asegurador mantendrá vigentes las coberturas del seguro siempre y cuando se haya pagado la prima convenida conforme a lo estipulado en el punto N°12 de las Condiciones Particulares y sólo durante el período cubierto por dicha prima.

Al momento de terminar la vigencia de la póliza, también finalizan las coberturas existentes en el presente contrato para todos sus Asegurados, a partir de ese momento, la Compañía Aseguradora no tendrá responsabilidad alguna por cualquier siniestro que pudiera ocurrir.

Se deja establecido que esta póliza colectiva otorga continuidad de cobertura respecto de la póliza suscrita por Zurich Santander Seguros de Vida S.A., para todos los asegurados informados en las Condiciones Particulares de dicha póliza. Por tanto, para todos los efectos, los asegurados allí señalados se considerarán asegurados en esta póliza desde el día de ingreso a la póliza anterior. Dicha nómina es parte integrante del presente contrato de seguro.

7° REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Los requisitos de asegurabilidad correspondientes a la presente póliza son los siguientes:

Edad mínima de ingreso	Sin Límite
Edad máxima de permanencia	Sin Límite

Póliza Nro. : A-2502397 Vigencia Póliza: 01/01/2016 al 31/12/2017  
Contratante : Corp.Nacional del Cobre R.U.T. : 61.704.000-K  
Plan de Seguro : TEMPORAL REN.COL.ACC.PERSONALES Expedite. : 443935  
Plazo : 2 Años Moneda : UF  
Agente : . Directo Oficina Sucursal : Santiago

#### 8° REQUISITOS DE INFORMACIÓN SOLICITADOS PARA LA INCORPORACIÓN, EXCLUSIÓN Y MODIFICACIÓN DE ASEGURADOS

Dado a que la póliza es de tipo innominada es obligación del Contratante mantener actualizado el número de Asegurados. La información preliminar de los Asegurados será remitida a la Compañía Aseguradora por CODELCO de manera mensual donde se indicara sólo el número consolidado de Asegurados totales, con un desfase máximo de 75 días corridos con respecto al período a informar.

#### 9° MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO

El capital Asegurado y el monto de la prima de esta póliza se expresarán en Unidades de Fomento [UF]. El valor de dicha unidad se considerará para el pago de prima y beneficios, que será el vigente al momento de su pago en efectivo. La misma regla será aplicable a la devolución de primas que correspondiese.

#### 10° PRIMA DEL SEGURO

Conforme a lo señalado en el artículo N° 12 del Condicionado General POL 320130351 de la póliza, la prima del seguro será el equivalente a UF 0,0548 mensuales para cada uno de los Asegurados informados por el Contratante. La prima se desglosa según el siguiente cuadro:



Póliza Nro. : A-2502397                      Vigencia Póliza: 01/01/2016 al 31/12/2017  
Contratante : Corp.Nacional del Cobre                      R.U.T. : 61.704.000-K  
Plan de Seguro : TEMPORAL REN.COL.ACC.PERSONALES                      Expedte. : 443935  
Plazo : 2 Años                      Moneda : UF  
Agente : . Directo Oficina                      Sucursal : Santiago

Coberturas	Prima Bruta Mensual
Muerte Accidental	0,0484
Desmembramiento	0,0032
Incapacidad Total y Permanente	0,0032
-----	
Total Mensual UF	0,0548

La prima mencionada en el párrafo anterior, será cancelada en forma Única en función de la cantidad de meses de cobertura de cada Asegurado. Para el pago inicial de la prima se considerará una base promedio de 35.000 Asegurados y la forma de cálculo será la siguiente:

Pago Inicial = Prima mensual x N°meses x Base Promedio Asegurados [IVA inc]

Pago de prima inicial endoso = 0,0548 \* UF Mes \* 12 meses \*35.000 [IVA inc]

El diferencial de Asegurados que se produzca en forma mensual entre la cantidad Real y la cantidad base promedio de Asegurados, se cancelará en un plazo no superior a 75 días de terminada la vigencia de esta póliza. Este saldo será calculado de acuerdo a lo siguiente:

a) Si el N° de Asegurados reales es menor o igual a 35.000 trabajadores base promedio mensual:

Saldo prima = UF 0

Póliza Nro. : A-2502397 Vigencia Póliza: 01/01/2016 al 31/12/2017  
Contratante : Corp.Nacional del Cobre R.U.T. : 61.704.000-K  
Plan de Seguro : TEMPORAL REN.COL.ACC.PERSONALES Expedte. : 443935  
Plazo : 2 Años Moneda : UF  
Agente : . Directo Oficina Sucursal : Santiago

b] Si el N° de asegurados reales mensual es mayor a 35.000 trabajadores base promedio mensual:

Saldo Prima :

Prima mensual x N° meses x diferencia [Aseg. Real v/s Promedio Asegurados]

Conforme a lo señalado en el artículo N° 12 POL 320130351 se otorga un de gracia de 60 días para el pago de la prima inicial.

El no pago de la prima por parte del Contratante en un plazo superior al estipulado, faculta a Chilena Consolidada Seguros de Vida S.A. caducar esta póliza, por tanto, la póliza y por ende las coberturas de cada Asegurado finalizarán automáticamente, siendo notificado mediante carta certificada de cancelación de la póliza al domicilio del Contratante. Pasado dicho plazo, la Compañía no responderá por siniestros que ocurran estando impaga la prima.

#### 11° LÍMITE MÁXIMO DE INDEMNIZACIÓN POR EVENTO

La presente póliza no contempla límites máximos de indemnización por evento ni por período.

#### 12° FORMA DE PAGO

La prima se cancelará mediante depósito o transferencia electrónica a la cuenta corriente N° 1218572 del banco Corpbanca.

Póliza Nro. : A-2502397                      Vigencia Póliza: 01/01/2016 al 31/12/2017  
Contratante : Corp.Nacional del Cobre                      R.U.T. : 61.704.000-K  
Plan de Seguro : TEMPORAL REN.COL.ACC.PERSONALES                      Expedte. : 443935  
Plazo : 2 Años                      Moneda : UF  
Agente : . Directo Oficina                      Sucursal : Santiago

### 13° DENUNCIA DE SINIESTRO Y PAGO DE LOS BENEFICIOS

Ocurrido un evento amparado en una de las coberturas de esta póliza el Contratante , la Empresa Contratista y/o Subcontratista o los beneficiarios deberá presentar la respectiva denuncia de siniestro dentro de los 90 días siguientes de conocer la ocurrencia del mismo.

Sin perjuicio que sea responsabilidad de la Empresa Contratista y/o Empresa Subcontratista denunciar el siniestro, se entenderá como válida la denuncia que pueda realizar el contratante, el asegurado y/o sus eventuales beneficiarios.

Adicionalmente, la Empresa Contratista y/o Subcontratistas deberá remitir a la Compañía Aseguradora una carta que incluya al menos los siguientes documentos :

#### COBERTURA MUERTE ACCIDENTAL

- \* Certificado de defunción original, que indique "Causa de Fallecimiento".
- \* Certificado de Mutua [en caso de accidente laboral].
- \* Copia del Contrato de Trabajo.
- \* Certificado del pago de obligaciones previsionales.
- \* Parte Policial [si corresponde].
- \* Certificado de Alcoholemia [si corresponde].

Póliza Nro. : A-2502397 Vigencia Póliza: 01/01/2016 al 31/12/2017  
Contratante : Corp.Nacional del Cobre R.U.T. : 61.704.000-K  
Plan de Seguro : TEMPORAL REN.COL.ACC.PERSONALES Expedte. : 443935  
Plazo : 2 Años Moneda : UF  
Agente : . Directo Oficina Sucursal : Santiago

La Compañía se reserva el legítimo derecho de exigir antecedentes adicionales respecto al Fallecimiento del Asegurado para proceder a la liquidación del siniestro.

#### COBERTURA DE DESMEMBRAMIENTO E ITP POR ACCIDENTE

Dictamen ejecutoriado por la Comisión Médica de AFP o COMPIN, que determine la calidad de incapacidad total y/o permanente.

Dependiendo de la causa de incapacidad, la Compañía podrá solicitar antecedentes adicionales para resolver el pago del siniestro, de acuerdo a las normas de evaluación y calificación del grado de invalidez del sistema establecido por el DL-3500 de 1980.

#### 14° DEVOLUCIÓN POR EXPERIENCIA FAVORABLE

En cada aniversario anual de la póliza el Contratante recibirá un porcentaje de participación de utilidades, siempre y cuando la siniestralidad del periodo sea inferior al 85%.

La siniestralidad será calculada según la siguiente fórmula:

$$[ S + SP + IBNR ] / [P] = \text{Porcentaje de siniestralidad}$$

\* P = Prima netas devengada y pagadas del período.

\* S = Siniestros del período pagados.

\* SP = Siniestros en procesos [pendientes y aceptados].

\* IBNR = Siniestros ocurridos y no reportados.

Póliza Nro. : A-2502397 Vigencia Póliza: 01/01/2016 al 31/12/2017  
Contratante : Corp.Nacional del Cobre R.U.T. : 61.704.000-K  
Plan de Seguro : TEMPORAL REN.COL.ACC.PERSONALES Expedte. : 443935  
Plazo : 2 Años Moneda : UF  
Agente : . Directo Oficina Sucursal : Santiago

En caso que al Contratante le corresponda recibir un porcentaje de las utilidades , este se calculará con la siguiente formula:

DEF = 50% X [P - S - G - A - C], donde:

- \* P = Prima netas devengada y pagadas del período.
- \* S = Siniestros del período + Siniestros en Proceso + IBNR
- \* G = Gastos Incurridos [15% de las primas netas].

Notas:

La devolución por porcentaje de participación de utilidades se calculará y se liquidará 60 días después de terminada la vigencia.

#### 15° OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATANTE

Se deja expresa constancia que en conformidad a lo establecido en el Código Comercio, en la normativa emanada de la Superintendencia de Valores y Seguros , así como de cualquier otra norma de carácter Legal, reglamentario y/o administrativo que regule el contrato de Seguro, especialmente los Seguros Colectivos, el Contratante asume las responsabilidades que emanen de su actuación como tal en esta póliza.

#### 16° DOMICILIO

Dirección de Contratante : Huérfanos 1270, Santiago.

#### DEBER DEL CONTRATANTE:

El contratante del seguro colectivo tiene el deber de informar a los asegurados u otros legítimos interesados, sobre la contratación del seguro colectivo y sus condiciones o modificaciones.

El contratante asume las responsabilidades que emanen de su actuación como contratante del seguro colectivo.

#### REHABILITACION:

Póliza Nro. : A-2502397 Vigencia Póliza: 01/01/2016 al 31/12/2017  
Contratante : Corp.Nacional del Cobre R.U.T. : 61.704.000-K  
Plan de Seguro : TEMPORAL REN.COL.ACC.PERSONALES Expedte. : 443935  
Plazo : 2 Años Moneda : UF  
Agente : . Directo Oficina Sucursal : Santiago

En el caso que un Asegurado no continúe con el Seguro, ya sea por renuncia o por no pago de prima, sólo podrá solicitar su reincorporación a éste por medio de una solicitud formal, la cual será evaluada, previo a la aceptación del riesgo por parte de la Compañía. El pago de la prima adeudada en ningún caso significa que la Compañía ha aceptado nuevamente este riesgo.

#### INFORMACION ADICIONAL:

La Solicitud de Seguro y la Cotización forman parte integrante de la póliza, la que se emite en función de los antecedentes allí consignados y de cuya veracidad es responsable el Contratante de la póliza. Cualquier variación posterior que afecte la apreciación del riesgo por parte de la Compañía, deberá ser comunicada por el Contratante, situación que será evaluada previo a la aceptación del nuevo riesgo por parte de la Compañía.

Cualquier modificación a las condiciones iniciales de contratación [capital asegurados, coberturas, actividad, deportes, etc.], requerirá la aprobación del nuevo riesgo por parte de la Compañía.

Chilena Consolidada Seguros de Vida S.A. se libera de toda responsabilidad y no cancelará siniestros de asegurados que se hayan incorporado a la póliza erróneamente o que se les haya otorgado alguna cobertura que no correspondiera, al no haber cumplido con lo estipulado en las Condiciones Generales y Particulares de este Seguro.

En todo caso, de producirse un siniestro, la Compañía tendrá en consideración las condiciones de cobertura establecidas para el Asegurado en las Condiciones Particulares de la póliza.

Chilena Consolidada Seguros de Vida S.A. se encuentra adherida al Código de Autorregulación de las Compañías de Seguros y está sujeta al Compendio de Buenas Prácticas Corporativas que contiene un conjunto de normas destinadas

Póliza Nro. : A-2502397 Vigencia Póliza: 01/01/2016 al 31/12/2017  
Contratante : Corp.Nacional del Cobre R.U.T. : 61.704.000-K  
Plan de Seguro : TEMPORAL REN.COL.ACC.PERSONALES Expedite. : 443935  
Plazo : 2 Años Moneda : UF  
Agente : . Directo Oficina Sucursal : Santiago

a promover una adecuada relación de las compañías de seguros con sus clientes Copia de este compendio se encuentra en la página web [www.aach.cl](http://www.aach.cl)

Así mismo, ha aceptado la intervención del Defensor del Asegurado cuando los clientes presenten reclamos en relación a los contratos celebrados con ella. Los clientes pueden presentar sus reclamos ante el Defensor del Asegurado utilizando los formularios disponibles en las oficinas de Chilena Consolidada Seguros de Vida SA o a través de la página web [www.ddachile.cl](http://www.ddachile.cl).

En virtud de la Circular N° 2131 de 28 de noviembre de 2013, las compañías de seguros, corredores de seguros y liquidadores de siniestros, deberán recibir, registrar y responder todas las presentaciones, consultas o reclamos que se les presenten directamente por el contratante, asegurado, beneficiarios o legítimos interesados o sus mandatarios.

Las presentaciones pueden ser efectuadas en todas las oficinas de las entidades en que se atiende público, presencialmente, por correo postal, medios electrónicos, o telefónicamente, sin formalidades, en el horario normal de atención.

Recibida una presentación, consulta o reclamo, ésta deberá ser respondida en el plazo más breve posible, el que no podrá exceder de 20 días hábiles contados desde su recepción.

El interesado, en caso de disconformidad respecto de lo informado, o bien cuando exista demora injustificada de la respuesta, podrá recurrir a la Superintendencia de Valores y Seguros, Área de Protección al Inversionista y Asegurado, cuyas oficinas se encuentran ubicadas en Av. Libertador Bernardo O'Higgins 1449, piso 1°, Santiago, o a través del sitio web [www.svs.cl](http://www.svs.cl).

Se deja constancia que para todos los efectos legales del presente contrato de seguro, las partes constituyen domicilio especial en la Ciudad de Santiago de Chile.

Póliza Nro. : A-2502397 Vigencia Póliza: 01/01/2016 al 31/12/2017  
Contratante : Corp.Nacional del Cobre R.U.T. : 61.704.000-K  
Plan de Seguro : TEMPORAL REN.COL.ACC.PERSONALES Expedte. : 443935  
Plazo : 2 Años Moneda : UF  
Agente : . Directo Oficina Sucursal : Santiago

NOTA:Se incluye Anexo relativo a Procedimiento de Liquidación de Siniestros

#### PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACION DE SINIESTROS

##### 1] OBJETO DE LA LIQUIDACION

La liquidación tiene por fin establecer la ocurrencia de un siniestro, determinar si el siniestro está cubierto en la póliza contratada en una compañía de seguros determinada, y cuantificar el monto de la pérdida y de la indemnización a pagar.

El procedimiento de liquidación está sometido a los principios de celeridad y economía procedimental, de objetividad y carácter técnico y de transparencia y acceso.

##### 2] FORMA DE EFECTUAR LA LIQUIDACION

La liquidación puede efectuarla directamente la Compañía o encomendarla a un Liquidador de Seguros. La decisión debe comunicarse al Asegurado dentro del plazo de tres días hábiles contados desde la fecha de denuncia del siniestro.

##### 3] DERECHO DE OPOSICION A LA LIQUIDACION DIRECTA

En caso de liquidación directa por la compañía, el Asegurado o Beneficiario puede oponerse a ella, solicitándole por escrito que designe un Liquidador de Seguros, dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la comunicación de la Compañía. La Compañía deberá designar al Liquidador en el plazo de dos días hábiles contados desde la oposición.

##### 4] INFORMACION AL ASEGURADO DE GESTIONES A REALIZAR Y PETICION DE ANTECEDENTES

El liquidador o la Compañía deberá informar al Asegurado, por escrito, en forma suficiente y oportuna, al correo electrónico [informado en la



Póliza Nro. : A-2502397                      Vigencia Póliza: 01/01/2016 al 31/12/2017  
Contratante : Corp.Nacional del Cobre                      R.U.T. : 61.704.000-K  
Plan de Seguro : TEMPORAL REN.COL.ACC.PERSONALES                      Expedte. : 443935  
Plazo : 2 Años                      Moneda : UF  
Agente : . Directo Oficina                      Sucursal : Santiago

denuncia del siniestro] o por carta certificada [al domicilio señalado en la denuncia de siniestro], de las gestiones que le corresponde realizar, solicitando de una sola vez, cuando las circunstancias lo permitan, todos los antecedentes que requiere para liquidar el siniestro.

#### 5] PRE-INFORME DE LIQUIDACION

En aquellos siniestros en que surgieren problemas y diferencias de criterios sobre sus causas, evaluación del riesgo o extensión de la cobertura, podrá el Liquidador, actuando de oficio o a petición del Asegurado emitir un pre-informe de liquidación sobre la cobertura del siniestro y el monto de los daños producidos, el que deberá ponerse en conocimiento de los interesados. El Asegurado o la Compañía podrán hacer observaciones por escrito al pre-informe dentro del plazo de cinco días hábiles desde su conocimiento.

#### 6] PLAZO DE LIQUIDACION

Dentro del más breve plazo, no pudiendo exceder de 45 días corridos desde la fecha del denuncia, a excepción de:

- a) Siniestros que correspondan a seguros individuales sobre riesgos del Primer Grupo cuya prima anual sea superior a UF 100: 90 días corridos desde la fecha del denuncia.
- b) Siniestros marítimos que afecten a los cascos o en caso de Avería Gruesa: 180 días corridos desde la fecha del denuncia.

#### 7] PRORROGA DEL PLAZO DE LIQUIDACION

Los plazos antes señalados podrán, excepcionalmente siempre que las circunstancias lo ameriten, prorrogarse, sucesivamente por iguales periodos informando los motivos que la fundamentan e indicando las gestiones concretas y específicas que se realizarán, lo que deberá comunicarse al Asegurado y a la Superintendencia, pudiendo esta última dejar sin efecto

Póliza Nro. : A-2502397 Vigencia Póliza: 01/01/2016 al 31/12/2017  
Contratante : Corp.Nacional del Cobre R.U.T. : 61.704.000-K  
Plan de Seguro : TEMPORAL REN.COL.ACC.PERSONALES Expedte. : 443935  
Plazo : 2 Años Moneda : UF  
Agente : . Directo Oficina Sucursal : Santiago

la ampliación, en casos calificados, y fijar un plazo para entrega del Informe de Liquidación. No podrá ser motivo de prórroga la solicitud de nuevos antecedentes cuyo requerimiento pudo preverse con anterioridad, salvo que se indiquen las razones que justifiquen la falta de requerimiento, ni podrán prorrogarse los siniestros en que no haya existido gestión alguna del liquidador, registrado o directo.

#### 8] INFORME FINAL DE LIQUIDACION

El informe final de liquidación deberá remitirse al Asegurado y simultáneamente al Asegurador, cuando corresponda, y deberá contener necesariamente la transcripción íntegra de los artículos 25 a 28 del Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros [D.S. de Hacienda N°1.055, de 2012 Diario Oficial de 29 de diciembre de 2012].

#### 9] IMPUGNACION INFORME DE LIQUIDACION

Recibido el informe de liquidación, la Compañía y el Asegurado dispondrán de un plazo de diez días hábiles para impugnarla. En caso de liquidación directa por la Compañía, este derecho sólo lo tendrá el Asegurado.

Impugnado el informe, el Liquidador o la Compañía dispondrá de un plazo de seis días hábiles para responder la impugnación.

**Solicitud** : 9297091      20160215/3-166      OVIEDO BRUNA ERWIN

## **POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

---

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL 3 2013 0351

### **ARTICULO 1º: REGLAS APLICABLES AL CONTRATO**

Se aplicarán al presente contrato de seguro las disposiciones contenidas en los artículos siguientes y las normas legales de carácter imperativo establecidas en el Título VIII del Libro II, del Código de Comercio. Sin embargo, se entenderán válidas las estipulaciones contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado o el beneficiario.

### **ARTÍCULO 2º: COBERTURA**

El asegurador pagará al asegurado o a sus beneficiarios, a consecuencia de lesiones producidas por accidente, o de hospitalización a causa de enfermedad, las cantidades señaladas en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la descripción de las coberturas que se indican en el artículo 3º de esta póliza. El asegurado podrá contratar una o más de estas coberturas, las que deberán estar expresamente consignadas en las Condiciones Particulares.

Para los efectos de este seguro se entiende por accidente, todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afecte el organismo del asegurado provocándole lesiones, que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas, incluyéndose asimismo el ahogamiento y la asfixia, torcedura y desgarramientos producidos por esfuerzos repentinos, como también estados septicémicos e infecciones que sean la consecuencia de heridas externas e involuntarias y hayan penetrado por ellas al organismo o bien se hayan desarrollado por efecto de contusiones.

### **ARTICULO N° 3: DESCRIPCION DE LAS COBERTURAS**

El asegurado podrá optar por una o más de las alternativas de cobertura que a continuación se indican, las que deberán expresamente consignarse en las Condiciones Particulares:

**ALTERNATIVA A: MUERTE ACCIDENTAL**

En virtud de esta cobertura la compañía pagará a los beneficiarios el monto especificado en las Condiciones Particulares, inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas en cuanto a que el fallecimiento del asegurado se produjo durante la vigencia de esta cobertura, como consecuencia directa e inmediata de un accidente.

Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes de ocurrido el accidente.

Si el asegurado falleciera como consecuencia de algún accidente, la compañía deducirá de la suma a pagar bajo esta cobertura, el importe total que hubiere ya pagado al asegurado por el mismo accidente bajo las coberturas definidas en las Alternativas B y C, en caso de haber sido contratados.

**ALTERNATIVA B: DESMEMBRAMIENTO**

En virtud de esta cobertura y cuando la lesión no ocasione la pérdida de la vida del asegurado producto de un accidente, sino que produzca cualquiera de las pérdidas que a continuación se indican, siempre que las consecuencias de las lesiones se manifiesten antes de los noventa (90) días contados desde su ocurrencia, la compañía indemnizará al asegurado los siguientes porcentajes del monto asegurado indicado en las Condiciones Particulares de la póliza:

100% en caso de pérdida total de los dos ojos, o de ambos miembros superiores (brazos), o de las dos manos, o de ambos miembros inferiores (piernas), o de los dos pies, o de un miembro inferior (pierna) con una mano o un brazo;

50% por la pérdida total de uno de los miembros superiores (brazos), o uno de los miembros inferiores (pierna), o de una mano;

40% por pérdida total de un pie;

50% por la sordera completa de ambos oídos;

25% por la sordera completa de un oído en caso de que el asegurado ya hubiera tenido sordera completa del otro, antes de contratar este seguro;

13% por la sordera completa de un oído;

50% por la ceguera total de un ojo en caso de que el asegurado ya hubiere tenido ceguera total del otro antes de contratar este seguro;

35% por la ceguera total de un ojo;

20% por la pérdida total de un pulgar;

15% por la pérdida total del índice derecho o izquierdo;

5% por la pérdida total de cualquiera de los demás dedos de la mano;

3% por la pérdida total de un dedo del pie;

La pérdida total de cada falange, se calculará en forma proporcional a la pérdida total del dedo completo correspondiente. La indemnización por la pérdida total o parcial de varios dedos, se determinará sumando el porcentaje asignado a cada uno de los dedos y falanges perdidos. La pérdida funcional total de cualquier miembro, se considerará como pérdida efectiva del mismo.

En el caso de ocurrir más de un siniestro durante la vigencia de la póliza, los porcentajes a indemnizar se calcularán en base al monto asegurado y no al saldo de éste, después de haber efectuado otros pagos. Sin embargo, el total de indemnizaciones provenientes de desmembramientos por uno o más accidentes ocurridos durante el período de cobertura de esta póliza, no podrá, en ningún caso, exceder del 100% del monto asegurado para esta alternativa B.

Para los efectos de la correcta interpretación de la terminología empleada en esta Alternativa B, se establece el significado de los siguientes términos:

**Pérdida total:** Se entiende por "pérdida total" referida a un miembro u órgano, su eliminación del organismo al cual pertenece, en forma definitiva y en su total integración anatómica y funcional.

**Pérdida parcial:** Se entiende por "pérdida parcial" la eliminación de parte de un órgano o miembro al cual pertenece en forma definitiva.

**Pérdida Funcional Total:** Se entiende por "pérdida funcional total" la ausencia definitiva y total de toda capacidad de función o fisiología del o los órganos afectados, pudiendo o no estar implicado el aspecto anatómico del miembro comprometido.

**Miembro:** Se entiende por "miembro", cualquier extremidad articulada con el tronco, destinada a ejecutar los grandes movimientos de la locomoción y presión, tales como brazos y piernas.

### **ALTERNATIVA C: INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**

En virtud de esta cobertura y cuando como resultado de lesiones producto de un accidente, el asegurado se encontrare dentro de los noventa (90) días contados desde la fecha del accidente, en estado de incapacidad total y permanentemente, la compañía pagará el monto indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, menos cualquier otro monto pagado al asegurado por el mismo accidente bajo la cobertura definida en la Alternativa B, a razón del uno por ciento mensual durante un período máximo de cien (100) meses mientras el asegurado esté vivo o hasta la cesación de su incapacidad.

Para los efectos de esta cobertura, se entiende por incapacidad total y permanente el impedimento de desempeñar cualquier ocupación o trabajo remunerado para los cuales se encuentra razonablemente calificado en razón de su educación, entrenamiento o experiencia.

El asegurador determinará si se ha producido la incapacidad total y permanente de un asegurado, conforme a las pruebas presentadas y los exámenes requeridos en su caso. Si el asegurador rechaza la incapacidad del asegurado, éste último, dentro de los diez (10) días siguientes a la comunicación de la determinación del asegurador, podrá requerir que la incapacidad sea evaluada por una junta compuesta por tres médicos, elegidos por él, dentro de una nómina de cinco o más médicos propuestos por el asegurador, los que deberán encontrarse ejerciendo, o que hayan ejercido por lo menos un año como médicos especialistas de las Mutualidades de Empleadores de la Ley N° 16.744 de Accidente de Trabajo y Enfermedades Profesionales o de la Comisión Médica de Reclamos de Accidentes del Trabajo y de Enfermedades Profesionales de esta misma ley.

La junta médica evaluará la incapacidad del asegurado, pronunciándose si se encuentra incapacitado en forma total y permanente conforme a la definición de incapacidad contenida en ésta Alternativa C.

La junta médica podrá someter al asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios.

La declaración de incapacidad o invalidez del asegurado de algún organismo previsional o legal, sólo tendrá para la junta médica un valor meramente informativo.

El dictamen emitido por la junta médica será determinante y obligatorio para las partes.

El costo de esta evaluación será de cargo exclusivo del asegurado.

Durante el tiempo que dure esta evaluación, el asegurado deberá continuar pagando las primas de esta póliza a objeto de mantener vigentes las coberturas de esta póliza.

Si el dictamen de la junta médica es favorable al asegurado, la compañía, pagará la indemnización desde la fecha del dictamen y devolverá las primas de esta cobertura pagadas después de la fecha del accidente, dentro de un plazo no superior a treinta (30) días contado desde la fecha del referido dictamen.

#### **ALTERNATIVA D: REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE**

En virtud de esta cobertura, la compañía reembolsará al asegurado los gastos de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria en que éste incurra a consecuencia de un accidente, hasta el monto anual indicado en las Condiciones Particulares y siempre que tales gastos sean producto de atenciones prestadas dentro del plazo de trescientos sesenta y cinco (365) días siguiente a la fecha del accidente y a consecuencia de las lesiones sufridas en él.

Será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del asegurado, de las boletas o facturas originales, comprobatorias de los gastos efectuados.

En caso que el asegurado tuviese beneficios de alguna Institución de Salud Estatal, Privada o Bienestar, deberá hacer uso de ellos previamente. En ese evento, no será exigible la presentación de boletas o facturas originales si en vez de ellas se presentan documentos comprobatorios de los beneficios ya recibidos y del real gasto incurrido por el asegurado. En estos casos sólo serán reembolsados los gastos que realmente sean de cargo del asegurado.

**ALTERNATIVA E: REEMBOLSO DE GASTOS POR HOSPITALIZACION A CAUSA DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD CON O SIN CONVALECENCIA**

En virtud de esta cobertura, la compañía reembolsará al asegurado hospitalizado a causa de accidente o enfermedad, los gastos de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria hasta el monto máximo diario que se indica en las Condiciones Particulares de acuerdo a lo que más adelante se señala.

Se reembolsarán los gastos de las atenciones prestadas desde el primer día de ingreso al Establecimiento Hospitalario y hasta el máximo de días señalados en las Condiciones Particulares.

Se entiende por Establecimiento Hospitalario el hospital, clínica o establecimiento legalmente autorizado para suministrar los servicios generales de la medicina que disponga y utilice regularmente laboratorio, equipo de rayos X y quirófano atendidos por personal profesional especializado.

Será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del asegurado, de las boletas o facturas originales comprobatorias de los gastos efectuados.

En caso que el asegurado tuviese beneficios de alguna institución de Salud Estatal, Privada o Bienestar, deberá hacer uso de ellos previamente. En ese evento, no será exigible la presentación de boletas o facturas originales si en vez de ellas se presentan documentos comprobatorios de los beneficios ya recibidos y del real gasto incurrido por el asegurado. En estos casos sólo serán reembolsados los gastos que realmente sean de cargo del asegurado.

**CONVALECENCIA:** En caso que el asegurado haya contratado esta alternativa incluida la Convalecencia, la compañía también pagará al asegurado, por concepto de convalecencia, una cantidad equivalente al 50% del monto máximo diario indicado en las Condiciones Particulares por cada día de hospitalización.

**ALTERNATIVA F: BENEFICIO DE CIRUGIA POR ACCIDENTE**

En virtud de esta cobertura, la compañía pagará al asegurado que incurra en gastos por una intervención quirúrgica, generada a consecuencia de enfermedad o accidente, la cantidad que resulte de multiplicar el capital asegurado por el porcentaje de la Tabla de Operaciones



Quirúrgicas, establecidas en las Condiciones Particulares para cada tipo de operación quirúrgica, con las limitaciones que a continuación se señalan:

F.1. La cantidad calculada por este procedimiento para el pago de la indemnización no podrá exceder el monto real de los gastos en que incurrió el asegurado.

F.2. Cuando una intervención quirúrgica no se encuentre en la Tabla de Operaciones Quirúrgicas, la compañía determinará el pago comparando la intervención quirúrgica realizada con aquella de la Tabla de Operaciones Quirúrgicas que más se le asemeje, a criterio de la compañía, en cuanto a complejidad quirúrgica y tiempo de duración.

En caso de que el asegurado no esté de acuerdo con el criterio de la compañía para la clasificación de la intervención, la cuestión será resuelta, sin forma de juicio, por un médico cirujano designado de común acuerdo por las partes, cuyos honorarios serán de cargo exclusivo del asegurado.

F.3. En caso que se realice más de una intervención quirúrgica, como consecuencia de un mismo accidente o enfermedad, el pago del beneficio ascenderá al monto que resulte de multiplicar el capital asegurado por el porcentaje de la intervención quirúrgica que tenga asignado en la Tabla de Operaciones Quirúrgicas el porcentaje más alto, de las efectuadas.

F.4. El pago de todas las intervenciones quirúrgicas producidas por un mismo accidente o enfermedad, no excederá en ningún caso el monto del capital asegurado señalado en las Condiciones Particulares.

F.5. El gasto correspondiente a intervenciones quirúrgicas de los órganos de reproducción, amígdalas, adenoides, pólipos y hernias, está cubierto sólo después de 120 días contados desde el inicio de la vigencia de esta póliza.

El asegurado que a consecuencia de accidente o enfermedad, deba utilizar además servicio de ambulancia para su traslado, tendrá derecho a percibir el monto máximo establecido en las Condiciones Particulares para efectos de ambulancia.

Será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del asegurado, de las boletas o facturas originales comprobatorias de los gastos efectuados.

En caso que el asegurado tuviese beneficios en alguna Institución de Salud Estatal, Privada o Bienestar, deberá hacer uso de ellos previamente. En ese evento, no será exigible la presentación de boletas o facturas originales si en vez de ellas se presentan documentos comprobatorios de los beneficios ya recibidos y del real gasto incurrido por el asegurado. En estos casos sólo serán reembolsados los gastos que realmente sean de cargo del asegurado.

**ALTERNATIVA G: CANTIDAD DIARIA POR HOSPITALIZACION A CAUSA DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD CON O SIN CONVALECENCIA.**

En virtud de esta cobertura, la compañía pagará al asegurado hospitalizado a causa de accidente o enfermedad, la cantidad diaria que previamente se haya establecido en las Condiciones Particulares, independientemente del gasto real en que haya incurrido el asegurado.

Se pagará la cantidad diaria desde el primer día de ingreso al Establecimiento Hospitalario y hasta el máximo de días señalados en las Condiciones Particulares.

Se entiende por Establecimiento Hospitalario el hospital, clínica o establecimiento legalmente autorizado para suministrar los servicios generales de la medicina que disponga y utilice regularmente laboratorio, quirófano y equipo de rayos X, atendidos por personal profesional especializado.

Será condición necesaria para proceder al pago, la presentación por parte del asegurado, de un certificado que acredite el período de permanencia, emitido por el Establecimiento Hospitalario.

**CONVALECENCIA:** El asegurado podrá contratar, mediante el pago de la prima correspondiente, el beneficio adicional de convalecencia, estipulándolo expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza.

En este caso, la compañía pagará al asegurado por este concepto una cantidad equivalente al 50% de la suma de las indemnizaciones diarias por accidente o enfermedad que efectivamente perciba el asegurado, independientemente del número de días que permanezca en convalecencia.

Este beneficio adicional, en el evento de que se contrate, se aplicará cada vez que el asegurado se hospitalice y tenga derecho al pago de la indemnización diaria de enfermedad o accidente.

## ARTICULO N°4: EXCLUSIONES

No se efectuará el pago de las cantidades establecidas en las coberturas indicadas en los artículos 2 y 3 de esta póliza, cuando el fallecimiento o lesiones del asegurado se produzca a consecuencia de:

a) Efectos de guerra, declarada o no declarada, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas, ya sea con o sin declaración de guerra.

b) Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.

c) Comisión de actos calificados como delito, así como la participación activa en rebelión, revolución, sublevación, asonadas, motín, conmoción civil, subversión y terrorismo.

d) Suicidio, intento de suicidio, o heridas causadas a sí mismo, ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente.

e) Prestación de servicios del asegurado en las Fuerzas Armadas o funciones policiales de cualquier tipo.

f) Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado.

g) Intoxicación o encontrarse el asegurado en estado de ebriedad, o bajo los efectos de cualquier narcótico a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.

h) Desempeñarse el asegurado como piloto o tripulante de aviones civiles o comerciales, a menos que expresa y específicamente se prevea y acepte su cobertura por el asegurador.

i) Riesgos nucleares o atómicos.

j) Movimientos sísmicos desde el grado 8 inclusive de la escala modificada de Mercalli, determinado por el Servicio Sismológico del Departamento de Geofísica de la Universidad de Chile, o del servicio que en el futuro lo reemplace.

k) Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ellas.

l) Infecciones bacterianas, excepto las infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental.

ll) Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.

m) Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de lesiones o enfermedad cubiertas por esta póliza.

n) Hospitalización a consecuencia de embarazo o maternidad, alumbramiento o la pérdida que resulte del mismo.

ñ) Exámenes médicos de rutina.

o) Cirugía plástica o cosmética.

p) Cualquier tipo de enfermedad mental o nerviosa.

q) Curas de reposo.

r) Una infección oportunistica, o un neoplasma maligno, si al momento de la muerte o enfermedad el asegurado sufría del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Con tal propósito, se entenderá por:

r.1) "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida", lo definido para tal efecto por la Organización Mundial de la Salud. Copia de dicha definición está archivada en las oficinas principales de la Compañía en Santiago, Chile.

r.2) Infección Oportunistica incluye, pero no debe limitarse a Neumonía causada por Pneumocystis Carinii, Organismo de Enteritis Crónica, Infección Vírica o Infección Micobacteriana Diseminada.

r.3) Neoplasma Maligno incluye, pero no debe limitarse al Sarcoma de Kaposi, al Linfoma del Sistema Nervioso Central o a otras afecciones malignas ya conocidas o que puedan conocerse como causas inmediatas de muerte en presencia de una inmunodeficiencia adquirida.

r.4) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida debe incluir Encefalopatía (demencia) de V.I.H. (Virus de Inmunodeficiencia Humano) y Síndrome de Desgaste por V.I.H. (Virus de Inmunodeficiencia Humano).

s) Tratamiento o cirugía dental, excepto a dientes naturales sanos, ocasionados por una lesión accidental.

### **ARTICULO N°5: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO**

Conforme dispone el artículo 524 del Código de Comercio, el asegurado estará obligado a:

a) Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos;

b) Informar, a requerimiento del asegurador, sobre la existencia de otros seguros que amparen el mismo objeto;

c) Pagar la prima en la forma y época pactadas;

d) Emplear el cuidado y celo de un diligente padre de familia para prevenir el siniestro;

e) No agravar el riesgo y dar noticia al asegurador sobre las circunstancias que lleguen a su conocimiento y que agraven sustancialmente el riesgo.

f) En caso de siniestro, tomar todas las providencias necesarias para salvar la cosa asegurada o para conservar sus restos.

g) Notificar al asegurador la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro.

h) Acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias; y

i) Las demás obligaciones contempladas en la póliza.

## **ARTICULO N°6: LÍMITE DE COBERTURA Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA**

Esta póliza puede ser renovada con el consentimiento de la compañía, al término de cada período de cobertura, mediante el pago por adelantado de la prima especificada por la compañía, siendo dicha prima calculada a la tasa que ésta tuviere en vigencia al momento de la renovación y según lo establecido en las Condiciones Particulares y hasta una edad máxima del asegurado indicada en las Condiciones Particulares.

## **ARTICULO N°7: DECLARACIONES DEL ASEGURADO**

Corresponde al asegurado declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos en los formularios de contratación que disponga la Compañía para estos fines. La veracidad de las declaraciones hechas por el asegurado en la Solicitud de Seguro, en sus documentos accesorios y complementarios y en el reconocimiento médico, cuando éste corresponda, constituyen condición de validez de este contrato de seguro.

En virtud a lo dispuesto en el artículo 525 del Código de Comercio, si el siniestro no se ha producido, y el contratante hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo asegurado en la información solicitada por la Compañía, ésta podrá rescindir el contrato. Si el siniestro se ha producido, el asegurador quedará exonerado de su obligación de pagar la indemnización si proviene de un riesgo que hubiese dado lugar a la rescisión del contrato.

Si los errores, reticencias o inexactitudes sobre el contratante no fueron determinantes del riesgo asegurado, el asegurador podrá proponer una modificación a los términos del contrato para adecuar la prima o las condiciones de la cobertura a las circunstancias no informadas. Si el asegurado rechaza la proposición del asegurador o no le da contestación dentro del plazo de 10 días contado desde la fecha de envío de la misma, este último podrá rescindir el contrato. En este último caso, la rescisión se producirá a la expiración del plazo de 30 días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación. Si el siniestro se ha producido, el asegurador tendrá derecho a rebajar la indemnización en proporción a la diferencia entre la prima pactada y la que se hubiese convenido en el caso de conocer el verdadero estado del riesgo.

Sin perjuicio de lo anterior, transcurridos dos años contados desde la vigencia de la póliza, o desde la incorporación del asegurado, o desde la última rehabilitación o desde que se produjere el aumento del capital asegurado, según corresponda, el asegurador no podrá invocar la reticencia

o inexactitud de las declaraciones que influyan en la estimación del riesgo, excepto cuando hubiesen sido dolosas.

Cuando se pague una prima menor de la que correspondía, se reducirá proporcionalmente el capital asegurado, es decir, la obligación de la compañía aseguradora se reducirá a la cobertura que hubiere correspondido a la prima pagada.

Si a consecuencia de la inexacta declaración de edad se estuviere pagando una prima más elevada que la que corresponde a la edad real, la compañía aseguradora estará obligada a devolver al asegurado el setenta por ciento (70%) del exceso de prima que hubiere pagado en el último año de vigencia de la póliza, manteniéndose el capital asegurado sin variaciones.

## **ARTICULO N°8: BENEFICIARIOS**

Se tendrá como beneficiario de esta póliza al propio asegurado. En caso de fallecimiento de éste se tendrá como beneficiario a la persona o personas, cuyos nombres figuren con tal carácter en las Condiciones Particulares. El asegurado podrá instituir como beneficiario a cualquier persona.

Si designare a dos o más beneficiarios, se entenderá que lo son por partes iguales, con derecho a acrecer, salvo estipulación expresa en contrario establecida en las Condiciones Particulares. Si no se designa a una persona determinada, se entenderá que instituye como tal a sus herederos. La designación del beneficiario podrá hacerse en la póliza, en una posterior declaración escrita comunicada al asegurador o en el testamento. La compañía aseguradora pagará válidamente a los beneficiarios registrados en esta póliza, y con ello quedará liberada de sus obligaciones, pues no le será oponible ningún cambio de beneficiario, realizado en testamento o fuera de él, que no le hubiese sido notificado por escrito con anterioridad a la ocurrencia del siniestro.

El contratante podrá revocar la designación de beneficiario cuando lo estime conveniente, a menos que hubiese renunciado a esta facultad por escrito, de la cual deberá dejarse constancia en las Condiciones Particulares del póliza. Cuando la designación se hubiere hecho en calidad de irrevocable, para cambiar al beneficiario designado en tal carácter, se deberá contar con su consentimiento.

## **ARTICULO N°9: CAMBIO DE LA PÓLIZA**

Ninguna declaración hecha por el proponente de un seguro, no incluida bajo esta póliza, anulará ésta o será utilizada en cualquier acción legal bajo la misma. Ningún agente del asegurado tiene autorización para modificar esta póliza o renunciar a cualquiera de sus estipulaciones.

## **ARTICULO N°10: CONSIDERACIÓN**

Esta póliza es emitida en consideración al pago por adelantado de la prima especificada en las Condiciones Particulares, y entra en vigor en la fecha de vigencia declarada en dichas Condiciones Particulares. Después de haber entrado en vigor, esta póliza continuará su efectividad hasta la fecha en que el período de cobertura expire. Todos los períodos de cobertura comenzarán y terminarán a las 00:01 horas de la localidad donde se emite la presente póliza.

## **ARTICULO N°11: REAJUSTE DE VALORES**

El capital asegurado y el monto de las primas correspondientes a esta póliza, se expresarán en Unidades de Fomento o en otras unidades reajustables autorizadas por la Superintendencia de Valores y Seguros. El valor de la Unidad de Fomento o de la Unidad Reajutable señalada en las Condiciones Particulares, que deberá considerarse para el pago de las primas o indemnizaciones, será el vigente al momento del pago efectivo de las mismas.

## **ARTICULO N°12: PRIMAS Y EFECTO DE NO PAGO DE PRIMA**

a) Pago de Primas: El pago de las primas se hará en la oficina principal del asegurador o en los lugares que éste designe, dentro de los plazos estipulados para el efecto en las Condiciones Particulares de esta póliza.

b) Plazo de gracia: Efectuado el pago de la primera prima inicial de la póliza, el asegurador concede un plazo de gracia establecido en las Condiciones Particulares para el pago de las primas siguientes, cualquiera sea la forma de pago convenida. Durante este período, la póliza permanecerá en pleno vigor, y si el asegurado cobra algún beneficio durante dicho plazo de gracia, se deducirá previamente del capital a pagar la prima vencida y no pagada.



c) Término del contrato por falta de pago de prima: Si al vencimiento del plazo de gracia antes señalado, el asegurado no ha pagado la prima, se producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de 15 días contados desde la fecha de envío de la comunicación que, con ese objeto, dirija el asegurador al asegurado y dará derecho a aquél para exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato. Producida la terminación, la responsabilidad del asegurador por los siniestros posteriores cesará de pleno derecho, sin necesidad de declaración judicial alguna

### **ARTICULO N°13: AGRAVACION DEL RIESGO**

De conformidad al artículo 526 de Código de Comercio, el asegurado o contratante en su caso, deberá informar al asegurador los hechos o circunstancias que agraven sustancialmente el riesgo declarado y sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato, dentro de los cinco días siguientes de haberlos conocido, siempre que por su naturaleza, no hubieren podido ser conocidos de otra forma por el asegurador.

Se presume que el asegurado conoce las agravaciones de riesgo que provienen de hechos ocurridos con su directa participación. Si el siniestro no se ha producido, el asegurador, dentro del plazo de 30 días a contar del momento en que hubiere tomado conocimiento de la agravación de los riesgos, deberá comunicar al asegurado su decisión de rescindir el contrato o proponer una modificación a los términos del mismo para adecuar la prima o las condiciones de la cobertura de la póliza. Si el asegurado rechaza la proposición del asegurador o no le da contestación dentro del plazo de 10 días contado desde la fecha de envío de la misma, este último podrá dar por rescindido el contrato. En este último caso, la rescisión se producirá a la expiración del plazo de treinta días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación.

Si el siniestro se ha producido sin que el asegurado o el contratante en su caso, hubieren efectuado declaración sobre la agravación de los riesgos señalada en el primer párrafo de este artículo, el asegurador quedará exonerado de su obligación de pagar la indemnización respecto de las coberturas del seguro afectadas por el agravamiento. No obstante, en caso que la agravación del riesgo hubiera conducido al asegurador a celebrar el contrato en condiciones más onerosas para el asegurado, la indemnización se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

Estas sanciones no se aplicarán si el asegurador, por la naturaleza de los riesgos hubiere debido conocerlos y los hubiere aceptado expresa o tácitamente.

Salvo en caso de agravación dolosa de los riesgos, en todas las situaciones en que de acuerdo a los párrafos anteriores, haya lugar a la terminación del contrato, el asegurador deberá devolver al asegurado, la proporción de prima correspondiente al periodo en que, como consecuencia de ella, quede liberado de los riesgos.

Se considerará que agrava el riesgo el cambio que hace el asegurado de una ocupación a otra, clasificada por la compañía aseguradora como más riesgosa que la declarada al contratar esta póliza, o mientras se dedique en forma remunerada a cualquier actividad correspondiente a una ocupación clasificada como tal, en cuyo caso se aplicarán las normas anteriores sobre agravación o alteración de riesgo.

Si el asegurado cambiase su ocupación por otra menos riesgosa que la señalada en esta póliza, la compañía al recibo de la prueba de dicho cambio reducirá la tasa de la prima de acuerdo a la nueva ocupación, y devolverá el exceso a prorrata de la prima no devengada a la fecha del cambio de ocupación, o a la fecha del aniversario de la póliza inmediatamente precedente al recibo de dicha prueba, en caso que este aniversario hubiese ocurrido con posterioridad al cambio de ocupación. En la aplicación de esta disposición, la clasificación del riesgo ocupacional y la tasa de la prima, serán las vigentes a la fecha de la prueba de cambio de ocupación.

#### **ARTICULO N°14: DENUNCIA DE SINIESTRO**

**JUSTIFICACION:** Para tener derecho a los beneficios que otorga esta póliza, el asegurado o los beneficiarios, en su caso, deberán justificar debidamente la cantidad reclamada y deberán proporcionar las pruebas necesarias para demostrar, en forma clara y precisa, que la lesión o lesiones corporales, tuvieron su origen directa y precisamente en un accidente o enfermedad que requiere hospitalización, dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de dicho accidente o enfermedad. En caso de no cumplirse con este requisito, la responsabilidad del asegurador con respecto del asegurado o beneficiarios emanada de esta póliza, cesará una vez transcurrido el último día del referido plazo.

La compañía se reserva el derecho a solicitar a las autoridades competentes, y a su costa, que efectúe una autopsia en caso de muerte del asegurado. Si el beneficiario se negare a permitir

dicha autopsia o la retardase en forma tal que ella sea inútil para el fin perseguido, perderá el derecho a la indemnización asegurada por este contrato.

**NOTIFICACION Y PLAZO:** Cuando se produzca un accidente o enfermedad que requiere hospitalización, éste se deberá poner en conocimiento del asegurador por escrito dentro del plazo de treinta (30) días contado desde su ocurrencia, para lo cual se deberá llenar además un formulario proporcionado por el asegurador, salvo caso de fuerza mayor, en cuyo caso y previa comprobación del mismo, el plazo se entenderá prorrogado por los días en que haya durado tal impedimento.

### **ARTICULO N°15: TÉRMINO ANTICIPADO DEL CONTRATO**

Las partes podrán convenir que el asegurador pueda poner término anticipadamente al contrato, con expresión de las causas que lo justifiquen, salvo las excepciones legales, en cuyo caso devolverá al asegurado la prima efectivamente pagada y no devengada correspondiente al tiempo que falta por transcurrir desde la fecha en que opera la terminación del contrato.

El asegurado podrá poner fin anticipado al contrato, salvo las excepciones legales, comunicándolo al asegurador, pero en este caso la compañía le devolverá la diferencia entre la prima pagada y la prima consumida conforme a la tarifa para seguros de plazos cortos, cuya tabla se inserta en las Condiciones Particulares.

### **ARTICULO N°16: REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA**

En caso que a la póliza se le haya puesto término anticipado, el contratante podrá solicitar personalmente su rehabilitación. Para resolver sobre esta petición, el asegurador podrá exigir del asegurado que acredite, a su satisfacción, que reúne las condiciones de salud y otras necesarias para ser readmitido como tal.

### **ARTICULO N°17: IMPUESTOS**

Los impuestos que en el futuro se establezcan sobre las primas, intereses, capitales asegurados o sobre cualquier otra base y que afecten al presente contrato serán de cargo del contratante, del beneficiario o herederos según sea el caso, salvo que por ley fuesen de cargo del asegurador.

## **ARTICULO N°18: ARBITRAJE**

Conforme dispone el artículo 543 del Código de Comercio cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado, el contratante o el beneficiario, según corresponda, y el asegurador, sea en relación con la validez o ineficacia del contrato de seguro, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus condiciones generales o particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre la procedencia o el monto de una indemnización reclamada al amparo del mismo, será resuelta por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes cuando surja la disputa. Si los interesados no se pusieren de acuerdo en la persona del árbitro, éste será designado por la justicia ordinaria y, en tal caso, el árbitro tendrá las facultades de arbitrador en cuanto al procedimiento, debiendo dictar sentencia conforme a derecho. En ningún caso podrá designarse en el contrato de seguro, de antemano, a la persona del árbitro.

En las disputas entre el asegurado y el asegurador que surjan con motivo de un siniestro cuyo monto sea inferior a 10.000 unidades de fomento, el asegurado podrá optar por ejercer su acción ante la justicia ordinaria.

Será tribunal competente para conocer de las causas a que diere lugar el contrato de seguro el del domicilio del beneficiario.

No obstante lo estipulado precedentemente, el Contratante o los Asegurados, según corresponda, podrán, por sí solos y en cualquier momento, someter al arbitraje de la Superintendencia de Valores y Seguros las dificultades que se susciten con la Compañía Aseguradora cuando el monto de los daños reclamados no sea superior a lo dispuesto en la letra i) del artículo 3° del Decreto con Fuerza de Ley N° 251, de Hacienda, de 1931, o en la disposición equivalente que se encuentre vigente a la fecha en que se presente la solicitud de arbitraje.

## **ARTÍCULO N°19: COMUNICACION ENTRE LAS PARTES**

Cualquier comunicación, declaración o notificación que deba efectuar la Compañía Aseguradora al contratante o el Asegurado con motivo de esta póliza, deberá efectuarse a su dirección de correo electrónico indicada en las condiciones particulares, salvo que éste no dispusiere de correo electrónico o se opusiere a esta forma de notificación. La forma de notificación, como la posibilidad de oponerse a la comunicación vía correo electrónico, deberá ser comunicada por cualquier medio que garantice su debido y efectivo conocimiento por el asegurado, o estipulada en las condiciones particulares de esta póliza. En caso de oposición, de desconocerse su correo

electrónico o de recibir una constancia de que dicho correo no fue enviado o recibido exitosamente, las comunicaciones deberán efectuarse mediante el envío de carta certificada dirigida a su domicilio señalado en las Condiciones Particulares de la póliza o en la solicitud de seguro respectiva.

Las notificaciones efectuadas vía correo electrónico se entenderán realizadas al día hábil siguiente de haberse enviado éstas, en tanto que las notificaciones hechas por carta certificada, se entenderán realizadas al tercer día hábil siguiente al ingreso a correo de la carta, según el timbre que conste en el sobre respectivo.